第５号様式（第９条関係）

㊒　高校生等医療助成費支給申請書

（＊記入しないでください）

支給決定額	＊　　円

受給者番号				世帯主組合員 被保険者氏名	
保険の 種　類	１国保　２組合　３協会 ４日雇　５船員　６共済		被保険者証 記号番号		
保険者番号					
受診者の氏名			生年月日	年　月　日生	
他の助成の有無	他医療費の助成	無・有（１都　２障　３親　４その他（　　））			
	高額療養費	有　・　無	付加給付	有　・　無	
診療を受けた期間	年　月　日から　　年　月　日				
申請の理由	１　医療証発行前の受診だった　２　医療証を持参しなかった ３　都外または当制度対象外の医療機関だった　４　補装具等の購入 ５　その他				

支給額は、下記の口座にお振込みください。

振込先 金融機関	銀行　　店	１普通 ２当座	口座番号
			口座名義

上記のとおり、高校生等医療費助成制度の医療助成費の支給を申請します。

年　月　日

小笠原村長　殿

住所　東京都小笠原村

氏名

電話

（注意）　１　＊印欄は記入しないでください。
２　番号をつけてある欄、有・無のある欄は、該当箇所を○で囲んでください。
３　保険の療養費支給決定通知書又は領収書を添えて申請してください。
なお、保険で付加給付のある場合は申し出てください。